

# Stöd under förlossningen

## Barnmorskans professionella roll

FÖRFATTARE	Maria Hammer Paulina Walfridsson
PROGRAM	Barnmorskeprogrammet
KURS	RPH100 Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa HT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Ingela Lundgren
EXAMINATOR	Evelyn Hermansson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

*Vi vill tacka vår handledare Ingela Lundgren för stort engagemang i samband med vårt uppsatsskrivande. Vi har uppskattat din snabba respons och dina kloka synpunkter.*

*Vi önskar Ingela Lundgren, Marie Berg & Olof Asta Olafsdottir lycka till med det fortsatta arbetet i forskningsprojektet.*

Titel (svensk):	Stöd under förlossningen – barnmorskans professionella roll
Titel (engelsk):	Support during childbirth – the midwife's professional role
Arbetets art:	Magisteruppsats
Program/kurs	Barnmorskeprogrammet/ Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Kursbeteckning:	RPH100
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	41 sidor
Författare:	Maria Hammer & Paulina Walfridsson
Handledare:	Ingela Lundgren
Examinator:	Evelyn Hermansson

---

## SAMMANFATTNING

Det finns flertalet olika studier som beskriver vad som är viktigt i relationen mellan barnmorskan och kvinnan. Något som återkommer i studierna är vikten av barnmorskans stöd. Just nu pågår en nordisk studie där forskarna har som syfte att utarbeta samt validera en modell för barnmorskans vård i samband med barnafödande där stöd och kvinnans perspektiv är en utgångspunkt. Denna uppsats är en delstudie i det projektet. Syftet med denna studie var att beskriva hur barnmorskan ser på sin stödjande roll i samband med förlossningen. Metoden som användes var fokusgrupper som sedan analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Två fokusgruppintervjuer genomfördes på två olika förlossningsenheter i Sverige. Fyra huvudkategorier framkom: *närvaro*, *bekräftelse*, *helheten* och *organisationen är ett hinder*. *Närvaro* innebar att vara närvarande här och nu, till exempel genom aktivt eller tyst stöd. Det innebar också en kontinuerlig information till kvinnan samt att se hennes förlopp och kroppssignaler. I kategorin *bekräftelse* beskrevs vikten av att kunna känna av kvinnans behov av stöd; att stödet ser olika ut beroende på vem barnmorskan möter. Att bekräfta det normala i födandet var också en viktig del. Med *helheten* betonades det medicinska och psykologiska kunnandet som barnmorskan har. Även hennes kunskap om förloppet framhölls, och hur barnmorskans stöd kan påverka förlossningsförloppet så att kvinnan får en normal förlossning. I *organisationen är ett hinder* framkom hur organisationen på olika sätt påverkade stödet negativt. Det finns skillnader på dagpass gentemot nattpass. Som nyutbildad barnmorska upplevdes stödet mycket energikrävande. Många beskrev även förutsättningarna de arbetade under som ett hinder. Det fanns även skillnader beroende på vilken auktoritet barnmorskan hade.

## ABSTRACT

There are several studies describing the importance of the relationship between the midwife and the woman. Something that recurs in the studies is the importance of midwifery support. A Nordic study, where the aim is to develop and validate a model of midwifery care during childbirth in which support and the woman's perspective is a starting point, is ongoing. The study reported here is a part of this project. The aim of this study was to describe midwives experiences of their supporting role during childbirth. The method used was focus group interviews which were analyzed using qualitative content analysis with an inductive approach. Two focus group interviews were conducted in two obstetric units in Sweden. The results are presented in four main categories; *presence*, *confirmation*, *entirety* and *the organization is an obstacle*. *Presence* was explained as being present here and now, for example by active or tacit support. It also involved continuous information to the woman, and to see the progress of birth and the body signals. The category of *confirmation* described the importance of being able to feel the woman's need for support, which is varying depending on whom the midwife is encountering. To confirm the normality of giving birth was also important. *Entirety* emphasized the medical and psychological knowledge the midwife embodies. The midwife's knowledge of the process was also emphasized, and how the midwife's support may affect the process so that the woman has a normal delivery. *The organization is an obstacle* described how the organization affected the support negatively in different ways. There are differences between the day duties and the night duties. As a newly graduated midwife the support was an exhausting experience. Many midwives also described the conditions they worked in as an obstacle. There were also differences depending on the midwife's authority.

<b>INNEHÅLL</b>	<b>Sid</b>
<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>2</b>
Midwifery model of care	2
Stöd	4
<b>TIDIGARE FORSKNING</b>	<b>6</b>
<b>PROBLEMFORMULERING</b>	<b>11</b>
 <b>SYFTE</b>	 <b>12</b>
 <b>METOD</b>	 <b>12</b>
<b>URVAL</b>	<b>15</b>
<b>GENOMFÖRANDE</b>	<b>15</b>
<b>DATAANALYS</b>	<b>15</b>
<b>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b>	<b>16</b>
 <b>RESULTAT</b>	 <b>17</b>
<b>NÄRVARO</b>	<b>18</b>
Att vara närvarande här och nu	18
Kvinnan vill ha kontinuerlig information	20
Se kvinnans förlopp och kroppssignaler	20
<b>BEKRÄFTELSE</b>	<b>21</b>
Känna av kvinnans behov av stöd	21
Beroende på vem man möter – olika önskemål och olika erfarenheter	23
Bekräfta det normala i födandet	23
<b>HELHETEN</b>	<b>24</b>
Medicinskt och psykologiskt kunnande	24
Kunskap om förloppet	25
Påverka förlossningsförloppet	26
<b>ORGANISATIONEN ÄR ETT HINDER</b>	<b>26</b>
Dagpass gentemot nattpass	26
Nyutbildade barnmorskor	27
Förutsättningar	28
Auktoritet	29
 <b>DISKUSSION</b>	 <b>30</b>
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>30</b>
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>32</b>
Närvaro	32
Bekräftelse	34
Helheten	35
Organisationen är ett hinder	37
<b>KONKLUSION</b>	<b>38</b>
 <b>REFERENSER</b>	 <b>39</b>
 <b>BILAGOR</b>	
1 Forskningspersoninformation	
2 Tabell 2	

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Som barnmorskestudenter vid Göteborgs Universitet har vi haft förmånen att göra verksamhetsförlagd utbildning vid två av Sahlgrenska Universitetssjukhusets tre förlossningsenheter. Vi har i mötet med den födande kvinnan, hennes partner och/eller annan anhörig observerat och deltagit i stödet kring den födande kvinnan. Vi har genom detta förstått hur stor betydelse ett kontinuerligt stöd har för de flesta födande kvinnor. Vi har sett vilken skillnad det kan innebära för en kvinna som får detta stöd jämfört med en kvinna som inte får samma möjlighet till stöd. Genom dessa möten och genom att vara delaktiga i födelseprocessen har vi blivit allt mer intresserade av hur barnmorskan på olika sätt kan stödja och hur barnmorskan kan möta den födande kvinnan och hennes partners önskemål.

Barnmorskans stöd, och relationen mellan kvinnan och barnmorskan, är en viktig dimension av den etiska kod för barnmorskor som ICM - International Confederation of Midwives (1) utarbetat. Enligt denna kod skall alla kvinnor ses som unika personer med mänskliga rättigheter och tillgång till en rättvis hälsovård. Denna skall baseras på en ömsesidig relation, respekt, tillit och värdighet. Barnmorskan skall i praktiken utveckla en relation och ett partnerskap med kvinnan där båda bidrar med kunskap och information som leder fram till välgrundade beslut. Barnmorskan skall stödja kvinnans rätt att aktivt delta i beslut om hennes vård. Barnmorskan skall vara lyhörd för de psykiska, fysiska, emotionella och andliga behoven som finns hos kvinnan (1).

Denna uppsats har som ämne att belysa barnmorskans stödjande roll. Vi har inom ramen för barnmorskeutbildningen fått en möjlighet att vara med i en delstudie inom ett pågående forskningsprojekt. Det övergripande syftet med forskningsprojektet är att utveckla en modell för vård i samband med barnafödande utifrån kvinnans perspektiv och med professionellt stöd som utgångspunkt. Projektet initierades år 2007 av Olof Asta Olafsdottir, Marie Berg och Ingela Lundgren, som en forskningsaktivitet inom forskningsnätverket "Barnafödande i Norden". Genom en syntes av respektive forskares studier har Olafsdottir, Berg och Lundgren (2) utarbetat en modell för barnmorskans vård. Nästa steg är att testa modellen inom förlossningsvård i Sverige och på Island (2).

I forskningsprojektet ingår att som steg ett studera hur barnmorskor ser på sin stödjande roll, vilket är ämnet för denna uppsats.

## BAKGRUND

Inför studien valdes två teoretiska begrepp vilka ansågs centrala för det område som skall studeras; *midwifery models of care* och *stöd*.

### Midwifery models of care

*Midwifery models of care* är ett begrepp som används internationellt för en vårdform som vänder sig till friska kvinnor med normal graviditet. Vidare leds vården av barnmorskor (3). I kontrast finns *medical models of care* där läkare vårdar kvinnan under graviditet och förlossning. Hatem et al. (3) beskriver också *shared-care models* där ansvaret för vården sker av olika professioner. Det finns fördelar med *midwifery models of care* så som mindre användning av smärtlindring, färre instrumentella förlossningar och mer känsla av kontroll för kvinnan samt ökad amningsfrekvens. Däremot är denna vårdform inte lämplig för kvinnor med medicinska och obstetriska komplikationer (3).

*Midwifery models of care* innebär en strävan efter kontinuitet, det vill säga att kvinnan vårdas av samma barnmorska under graviditet och förlossning (3). Page (4) beskriver utvecklingen av en modell i England kallad *one-to-one midwifery* vilken syftar till att uppnå en hög nivå av kontinuitet. Denna går ut på att samma barnmorska följer kvinnan under hela hennes graviditet, förlossningen och under första tiden efteråt. Den gravida kvinnan får på så sätt en ökad trygghet i att ha en och samma barnmorska som följer henne hela vägen. Varje barnmorska samarbetar med en annan barnmorska som skall kunna ersätta vid frånvaro vid exempelvis sjukdom och som också skall ha god kännedom om kvinnorna och träffat dem ett antal gånger (4).

Kvinnor som erhöll *one-to-one midwifery* under graviditet och förlossning jämfördes med kvinnor som erhöll den traditionella vården. Det visade sig att kvinnorna som fick *one-to-one midwifery* i lägre grad fick kejsarsnitt, hade färre bristningar, större tillfredsställelse och en mer positiv upplevelse av graviditet, förlossning och

eftervårdstiden (4). Det visade sig vara en fördel att ha en och samma barnmorska under dessa faser, en barnmorska som kände kvinnan väl. Den grundläggande aspekten med denna typ av vård är att skapa en positiv professionell relation mellan kvinnan och barnmorskan vilket bidrar till en mer individualiserad, känslösam och privat vård för kvinnan. Relationen mellan kvinnan och barnmorskan är grundläggande för denna typ av vård utifrån ett holistisk synsätt (4).

Rooks (5) för i sin artikel en diskussion om begreppen *midwifery models of care* och *medical model of care* utifrån egna erfarenheter och en analys av tidigare studier i ämnet. Enligt Rooks (5) skall dessa modeller ses som komplementära eftersom barnmorskor och obstetrikern idag på många håll i världen är två kompletterande professioner. Det finns dock viktiga skillnader i filosofi och fokus. Båda modellerna har kvinnan och det kommande barnets säkerhet i fokus där obstetrikerns fokus ligger mer på det avvikande och patologiska medan barnmorskan är expert på den normala graviditeten och den normala förlossningen. Barnmorskan är specialist på att möta den friska gravida kvinnan och hennes behov och ser förlossningen som något normalt till dess det finns bevis på eventuella problem (5).

*Midwifery models of care* involverar den gravida kvinnan i hennes egen vård enligt Rooks (5). Vården innebär att barnmorskan ser kvinnan som den primära aktören och beslutsfattaren i vården som skall ges. Barnmorskan ser till att kvinnan får den information hon behöver och stöttar henne i de beslut hon väljer att fatta. *Midwifery models of care* innebär att kvinnan och hennes liv är det mest centrala under graviditeten. Kvinnan ses som en unik person i ett sammanhang utifrån hennes familje- och livssituation. Barnmorskan är intresserad av kvinnans förväntningar, erfarenheter och rädslor under graviditeten; hennes tillfredsställelse och missnöje; vad som får henne att känna sig komfortabel eller obekvämt samt hennes önskningar och beslut, och hur allt detta påverkar hennes graviditet, fostret, värkarna, födseln, amningen, återställelsen och hennes utveckling som mamma (5).

*Midwifery models of care* innebär att barnmorskan under förlossningen använder sin personliga energi, fysiskt och emotionellt, för att uppmuntra, stötta och göra det bekvämt för kvinnan. Barnmorskans respekt för det naturliga, och tron på att kvinnans kropp är gjord för att föda, bidrar till att de försöker undvika onödiga obstetriska



interventioner. Enligt *midwifery models of care* är födseln något känslomässigt, socialt och kulturellt. En spirituellt meningsfull livserfarenhet för kvinnan och hennes partner (5).

I Sverige i dag finns ingen vårdform som är barnmorskeledd och innefattar kontinuitet så som det beskrivs av Hatem et al. (3) och Page (4). Barnmorskan i Sverige har ett självständigt ansvar för normal graviditet och förlossning och verkar i ett system där mödrahälsovård och förlossningsvård har olika vårdgivare (6). I stort sett alla kvinnor föder barn på sjukhus. Island har ett liknande system med den skillnad att hemförlossning finns inom vårdens organisation som ett alternativ. Däremot fanns det tidigare i Sverige en vårdform, ABC (Alternative Birth Care) som vände sig till friska kvinnor med normal graviditet och förlossning med en vårdfilosofi som är barnmorskestyrd och innebar att främja det normala (7). ABC-enheter fanns i Stockholm och Göteborg men är nu nedlagda och de hade en organisation och vårdfilosofi i linje med *midwifery models of care* (4, 5).

Begreppet *midwifery models of care* används också för att beskriva modeller och teorier för barnmorskans vård i samband med förlossning. I det forskningsprojekt vår delstudie ingår i används begreppet på detta sätt, det vill säga att utarbeta en modell för barnmorskans vård i samband med förlossning i en nordisk kontext. Modeller och teorier för barnmorskans vård i samband med förlossning kommer att presenteras under rubriken tidigare forskning.

## **Stöd**

Betydelsen av ordet stödja är att vila sig mot någon, att ge moraliskt stöd, samt att hjälpa. Ordet har funnits sedan äldre fornsvensk tid (8). Lundgren (9) beskriver att stödet har visat sig vara den viktigaste faktorn för att kvinnan skall få en positiv förlossningsupplevelse. Eftersom förlossningen är en central och viktig upplevelse för kvinnan och hennes partner är det viktigt att som barnmorska kunna ge detta stöd. Stöd har visat sig ha en positiv inverkan på förlossningsförloppets längd och att antalet kejsarsnitt minskar med stöd, men även att amningen påverkas positivt. Stödet kan ges av olika personer i kvinnans omgivning såsom partner, doula, sjukhuspersonal och vänner. I studier har man sett att stödet från barnmorskan är mycket viktigt för kvinnan. Det stöd som kvinnan upplever allra viktigast är dock det hon får från sin partner. Men

för partnern kan det vara svårt att vara detta stöd då de ofta upplever hjälplöshet. Det är då viktigt att de får stöd av barnmorskan för att kunna vara det stöd till kvinnan som hon så väl behöver (9). Partnern kan annars uppleva att de får en för stor roll och om de känner sig maktlösa kan det leda till problem med att hantera kvinnans smärta (10).

Heli (11) som är utbildad sjukgymnast med psykosomatisk inriktning och en erfaren doula betonar vikten av stöd under förlossningen. Stöd och trygghet har en mycket stor inverkan på stressreaktioner och negativa känslor under förlossningen. Det är därför av stor vikt att en kvinna som föder blir såväl sedd som respekterad. Heli beskriver fysisk beröring och närhet som en mycket effektiv metod att hjälpa kvinnan att bli mer närvarande i sin kropp, att våga släppa sina tankar, att slappna av, att glömma tid och rum och bara vara i det som sker. Heli anser att massage och beröring är en stödpersons viktigaste verktyg under förlossningen då det bland annat bidrar till att smärtlindrande substanser frigörs. Närheten är avväpnande och gör kvinnan trygg och hjälper henne att ge sig hän (11).

Stödet till kvinnan innebär närvaro, uppmuntran och vägledning enligt Lundgren (10). Den stödjande personen ska hjälpa kvinnan att uttrycka önskemål och behov. Genom olika copingstrategier, beröring och massage kan kvinnan få stöd. Genom att vara närvarande kan barnmorskan ge stöd till kvinnan. Barnmorskans närvaro kan ge kvinnan mod att möta det som hon upplever som skrämmande med förlossningen. Närvaro kan vara både känslomässig och fysisk närhet. Kvinnan skall inte behöva uppleva ensamhet och saknad efter barnmorskan. Det är också viktigt att barnmorskan har möjlighet till handledning för att kunna bearbeta sina upplevelser och för att kunna få stöd i den vårdande rollen (12).

Ett kontinuerligt stöd kan minska många typer av interventioner eftersom kvinnan känner sig lugn och arbetar med sin kropp. Kvinnan upplever även att hon har mer kontroll över förlossningen. Effekten av stöd har visat sig vara bättre om den stödjande personen inte är anställd på sjukhuset. En förklaring till det kan vara att barnmorskan har fler patienter att ta hand om och har även andra uppgifter, som till exempel dokumentering som måste skötas under arbetspasset (13).

## TIDIGARE FORSKNING

Vi har i detta avsnitt fördjupat oss i studier som fokuserat på barnmorskans stöd till kvinnan, barnmorskans möte med den födande kvinnan och olika modeller och teorier för vård, det vill säga *midwifery models of care*. Vi har sökt i databaserna CINAHL och PUBMED. Sökord har varit support, midwifery models of care, midwife och encounter. Vi har också av vår handledare fått artiklar om modeller för vård som ingår i forskningsprojektet som uppsatsen är en del av.

I en kvalitativ fenomenologisk studie från Sverige (14) intervjuades barnmorskor om deras upplevelse av mötet med kvinnan och hennes förlossningssmärta. Resultatet visade att barnmorskan kan beskrivas som en *förankrad följeslagare*. Barnmorskan skall lyssna på och vara öppen för kvinnans önskemål och behov samt låta henne vara delaktig i beslut kring förlossningen. Om barnmorskan öppnar upp för en relation som bygger på trygghet och tillit kan det bidra till att stärka kvinnans självförtroende vilket kan hjälpa kvinnan att våga ge sig hän och följa med i födelseprocessen, det vill säga vara en *följeslagare* till kvinnan. Barnmorskan skall dock visa respekt för kvinnans eventuella begränsningar och inte ignorera hennes uttryck för oro, smärta och eventuellt behov av smärtlindring, det vill säga vara *förankrad*. Under vissa delar av förlossningen kan det vara svårt för kvinnan att upprätthålla en verbal kommunikation. Barnmorskan måste då kunna se till kvinnans kroppsliga uttryck. En viktig del är uttrycket i kvinnans ögon men även hennes ansiktsuttryck, andning och kroppshållning bidrar med information om hur kvinnan mår. Om barnmorskan har möjlighet att vara tillgänglig och följa henne under hela processen är det lättare för barnmorskan att få en helhetsbild (14).

Kennedy (15) har i en kvalitativ studie intervjuat 14 barnmorskor och fyra kvinnor. Studien utfördes i USA och syftet var att studera barnmorskans vård. Metoden som användes var narrativ analys. Resultatet presenteras i tre huvudteman; *relationen mellan barnmorskan och kvinnan*, *den vårdande miljön* och *resultatet av vården "life journeys" för barnmorskan och kvinnan*.

Det första huvudtemat, *relationen mellan kvinnan och barnmorskan*, innebär att barnmorskan befinner sig på samma nivå som kvinnan, uppmärksammar kvinnan och

hennes kunskap. Barnmorskan delar med sig av sig själv och är öppen för vad kvinnan bidrar med till relationen. Hon skall visa respekt för och svara på samt stödja kvinnans önskemål även om de inte överensstämmer med hennes egna personliga värderingar. Ett mål för barnmorskan är att förstå kvinnan i sitt sammanhang för att kunna hjälpa kvinnan att finna sin styrka och använda den (15).

Det andra huvudtemat, *den vårdande miljön*, innebär att barnmorskan skall skapa en miljö som i möjligaste mån kan tillgodose kvinnans fysiska och emotionella behov. Det kan exempelvis vara att dämpa belysningen, dölja eventuell medicinsk utrustning som kan vara störande för kvinnan, samt i den emotionella delen ge kvinnan tid, uppmärksamhet och utrymme. Barnmorskan skall stödja kvinnan och hennes önskemål så länge hon anser att det inte innebär några risker (15).

Det tredje huvudtemat, *resultatet av vården "life journeys" för barnmorskan och kvinnan*, speglar resultatet av barnmorskans vård. Kvinnan känner förhoppningsvis en seger och en styrka om hon har känt att barnmorskan har litat på hennes styrka och tro på sig själv. Även barnmorskan får en personlig utveckling och blir stärkt i sitt vårdande (15).

Kennedy (16) har i en kvalitativ fenomenologisk studie från USA, där sex kvinnor intervjuades, undersökt hur den födande kvinnan upplever barnmorskans vård. Resultatet visar att relationen mellan kvinnan och barnmorskan skall vara en *allians* emellan som bygger på respekt och förtroende där barnmorskans kompetens och sätt att vårda, bry sig om och respektera kvinnan lägger grunden för hur kvinnan upplever sin förlossning. Det är av stor betydelse att barnmorskan respekterar kvinnans behov av tid och information, hennes oro och eventuella rädslor samt hennes partner då detta stärker kvinnan i hennes födande. Kennedy menar att barnmorskan skall vårda i samarbete med kvinnan. Det är en social process som bygger på respekt och tillit. Kvinnan och hennes partner skall känna att de har kontroll och ett självbestämmande med försäkringen att barnmorskan finns där om så skulle behövas. Barnmorskan, kvinnan och hennes partner är som ett *team* som arbetar tillsammans under förlossningen. Barnmorskan ger råd under förlossningens gång, kommunicerar såväl genom sin röst som genom beröring, bidrar till en lugn atmosfär och visar inte oro eller stress. Detta bidrar till att kvinnan och hennes partner känner sig säkra och trygga (16).

Thompson (17) har genom en kvalitativ studie utförd i USA skapat en teoretisk modell som beskriver barnmorskans vård. Thompson kom fram till sex kategorier; *säkerhet, tillfredsställelse, värdighet och självbestämmande, respektera kulturella och etniska meningsskiljaktigheter, familjecentrerad* och *hälsobefrämjande*. *Säkerhet* innefattar medicinsk och psykologisk säkerhet. *Tillfredsställelse* betyder att ge kvinnan det hon behöver och det hon förväntar sig. Vidare är *värdighet och självbestämmande* centralt vilket innebär att ge kvinnan en möjlighet att aktivt delta i de beslut som fattas runt henne. Att respektera *kulturella och etniska meningsskiljaktigheter* betyder att förstå hur kvinnans hälsa kan påverkas av kulturella skillnader. Vården ska vara *familjecentrerad*, det vill säga att hela familjen blir delaktig. Slutligen innebär modellen att barnmorskan ska arbeta *hälsobefrämjande* vilket innebär att uppmuntra ett hälsobefrämjande beteende (17).

Flemming (18) har utfört en kvalitativ studie med syfte att beskriva en modell för barnmorskans vård. Studien är baserad på intervjuer med 250 barnmorskor och 219 patienter från Nya Zeeland och Skottland. Materialet analyserades med hjälp av grounded theory. Modellen delades in i sex kategorier; *närvarande/deltagande, tilläggande/kompletterande* och *eftertanke/reflexivitet*. *Närvarande/deltagande* var speciellt viktigt tidigt i relationen. Det var inte alltid som barnmorskorna gjorde så mycket utan närvaron bestod av stöd genom att ge tips och råd.

*Tilläggande/kompletterande* beskrevs som att barnmorskan tog över de delar som kvinnan själv inte kunde utföra, såsom övervakning av barnet och andra medicinska uppgifter. *Eftertanke/reflexivitet* innebar att kvinnan väljer om hon vill träffa en barnmorska eller läkare under sin graviditet, och för barnmorskan innebär det att hon reflekterar över om det är en patient som passar henne utifrån ett professionellt förhållningssätt. Modellens sex kategorier är alla relaterade till huvudkategorin; en social process av *ömsesidighet* i relationen mellan barnmorskan och kvinnan. Modellen ska förstås i relation till sin kontext som består av värderingar, kollegor, kultur, upplevelser, erfarenheter, utbildning, miljön, vänner, familj, intuition, kunskap och professionalism (18).

Berg (19) har utarbetat en modell för vård av kvinnor med hög risk under graviditet och förlossning. Modellen baseras på tre kvalitativa studier från Sverige. I den första studien intervjuades 10 kvinnor och den tolkades enligt fenomenologisk analys. I den andra

studien användes hermeneutisk-fenomemologisk metod och den innefattade 14 kvinnor. I den tredje studien, som också var fenomenologisk intervjuades 10 barnmorskor. Modellen benämns *genuint vårdande av det genuina* och består av tre delar; en *värdighetsbevarande vårdrelation, förkroppsligad kunskap*, och ett *balanserande mellan det naturliga och det medicinska perspektivet*. En *värdighetsbevarande vårdrelation* beskrivs som den ömsesidiga relationen mellan barnmorskan och kvinnan. *Förkroppsligad kunskap* innebär teoretisk, praktisk, intuitiv och reflekterande kunskap. Detta är viktigt för att barnmorskan ska känna sig trygg i sin roll. Den praktiska övningen är därför viktig för att barnmorskan skall kunna skaffa sig intuition och att sedan lita på den. Det är även viktigt att reflektera över sitt arbetssätt. När det gäller *ett balanserande av det naturliga och medicinska perspektivet* framkom att det var viktigt att stödja det normala. Kvinnor med högriskgraviditet vill bli behandlade som normala. Det är viktigt att inte sjukdomsförklara utan att se till det normala, att se det unika i varje kvinna (19).

Hodnett et al. (13) har i en Cochrane review analyserat resultatet av 16 studier från 11 olika länder som handlar om stödets betydelse under förlossningen. Studien visar att kvinnor som fick ett kontinuerligt stöd hade ett minskat behov av smärtstillande medel. Vidare visade det sig att det blev färre instrumentella förlossningar samt färre förlossningar som slutade i kejsarsnitt. Vidare var kvinnorna mer nöjda med sin förlossningsupplevelse. Studien visade också att för de kvinnor som fick kontinuerligt stöd så minskade behovet av värkstimulerande dropp, Apgar score blev högre under de första fem minuterna, det blev minskad risk för vård av barnet på neonatalavdelning samt kortare förlossningsförlopp. I metaanalysen framkom även att stödet minskade risken för att kvinnan skulle känna att hon tappade kontrollen under förlossningen. (13)

Lundgren och Berg (20) har genom en sekundäranalys av åtta av deras tidigare studier utarbetat en modell. Modellen består av centrala begrepp för relationen mellan kvinnan och barnmorskan under barnafödandet. I resultatet framkom sex begrepp för relationen mellan barnmorskan och kvinnan; *överlämnande – tillgänglighet, tillit – förmedla tillit, deltagande – ömsesidighet, ensamhet – bekräftelse, annorlunda – stödja det unika och skapa mening – stödja meningsfullheten* (20).

*Överlämnande* beskriver hur kvinnan överlämnar sig själv till barnafödandet, till barnet

och till vårdpersonalen. *Tillgänglighet* innebär att barnmorskan har ett ansvar när kvinnan överlämnar sig själv. Tillgängligheten skall baseras på kvinnans behov och styrka det naturliga förloppet. *Tillit* måste finnas hos kvinnan. Att känna tillit till sig själv, till själva barnafödandet och till barnmorskan är av betydelse. Även för smärthanteringen är tillit till sig själv en viktig del. Detta begrepp visade sig vara speciellt viktigt för kvinnor med högrisk graviditet. En bra relation där barnmorskan förmedlar tillit kan stärka kvinnan i hennes födande. *Deltagande* innebär att bli sedd som unik person och att bli stöttad på sina egna villkor och önskemål. Det är även viktigt med information. *Ömsesidighet* är viktigt i relationen mellan kvinnan och barnmorskan. Genom en öppen dialog blir kvinnan mer involverad i sitt eget födande. Det är inte ovanligt att en kvinna känner *ensamhet* under graviditeten eftersom hon går in i en främmande värld. Kvinnan kan även uppleva ensamhet när barnmorskan under förlossningen känns frånvarande, mentalt eller fysiskt. Kvinnan behöver *bekräftelse* i sin graviditet och under förlossningen. Kvinnan kan uppleva att hon är *annorlunda* jämfört med andra kvinnor. Det kan vara på grund av sjukdom eller för att hon ser på sig själva på ett annorlunda sätt. Barnmorskan måste här stödja det unika hos varje kvinna. Exempelvis genom att inte sjukdomsförklara utan att se det friska och det normala. *Att skapa mening* och *att stödja det meningsfulla* är av stor vikt. Exempelvis upplevde flera kvinnor att smärtan under förlossningen förde dem närmare barnet och föräldraskapet. Smärtan fick en mening och innebörd (20).

Hunter (21) har utfört en kvalitativ studie i Wales med syfte att studera hur barnmorskor upplevde och hanterade de känslor som uppkom i deras arbete. Data insamlades genom observationer, intervjuer och fokusgrupper. Totalt medverkade 19 stycken barnmorskor i studien. Hunter poängterar vikten av ett balanserat utbyte mellan kvinnan och barnmorskan, båda parter måste ge och ta. Ömsesidigheten var något som växte fram i relationen under graviditetens gång. Deltagarna i studien uppgav att de upplevde att det var lättare att nå ömsesidigheten i en icke sjukhusmiljö. De fall där ömsesidigheten inte var balanserad upplevde barnmorskorna som emotionellt påfrestande. Hanteringen av dessa känslor kunde påverka vårdens kvalitet. Studien beskriver också om avfärdad ömsesidighet som kan uppträda när kvinnorna verkade oansvariga eller fientligt inställda till barnmorskan. Ibland uppstod även tillfällen då kvinnan hade orealistiska förväntningar på barnmorskan. Ofta var det ett emotionellt stöd som behövdes och barnmorskan tvingades inse att det inte gick att upprätthålla hela tiden (21).

Olafsdottir (22) har i en etnografisk studie från Island analyserat barnmorskors förlossningsberättelser. Studien bygger på både intervjuer och fokusgrupper. Totalt 16 barnmorskor deltog i intervjuerna. I fokusgruppen deltog sex barnmorskor. Resultatet visar att relationen mellan kvinnan och barnmorskan är central och att den kan vara stärkande för dem båda. I mötet med kvinnan använder barnmorskan en *inre kunskap* baserad på tillit och ömsesidighet och som har betydelse för säkerheten kring förlossningen. Det finns ett gammalt uttryck på isländska, *yfirseta (sitting over)* som beskriver barnmorskans *närvaro* under förlossningen. Tillit, att känna kvinnan, stärkande faktorer samt säkerhet och trygghet runt födandet är viktiga aspekter av denna närvaro. Om barnmorskan inte får möjlighet till närvaro kan hon förlora kontakten med kvinnan. Barnmorskan vet då inte vad kvinnan vill, blir blyg inför henne samt tenderar att lämna henne, även när det finns tid. Detta leder till att barnmorskan får svårigheter med att stödja kvinnan till en normal förlossning och att välja naturliga smärtlindringsmetoder. Barnmorskan föreslår själv ryggbedövning till kvinnan. Slutligen upplever barnmorskan ingen feedback från kvinnan och mannen, är missnöjd med sitt arbete samt uttrycker önskemål om att lämna yrket. Barnmorskorna beskriver också hur de förlorar barnmorskekunskaper när de förlorar möjligheten till närvaro (22).

## PROBLEMFORMULERING

I det forskningsprojekt som vår studie är en del av, är stöd den absolut viktigaste faktorn för uppnåendet av en positiv förlossningsupplevelse för kvinnan. Stöd har vidare en positiv inverkan på det medicinska utfallet. En metaanalys visar att kontinuerlig närvaro av en stödjande person, professionell eller icke professionell, ger ett kortare förlossningsförlopp, mer spontana förlossningar, minskad smärtupplevelse, reducerad användning av smärtlindring samt lägre frekvens instrumentella förlossningar (13). Det finns några modeller för vård vid barnafödande där professionellt stöd utgående från relationen mellan kvinnan och barnmorskan är i fokus. Modellerna är framförallt från USA (15, 16, 17), Nya Zeeland och Skottland (18). En slutsats från ovanstående studier är att de måste relateras till sin kontext eftersom det finns stora internationella skillnader. Det projekt som vår delstudie ingår i kommer att utföras i en nordisk kontext



som präglas av att vård i samband med barnafödande är relativt homogen, skattefinansierad och med fri tillgång för alla. I stort sett alla kvinnor föder på sjukhus och vård under graviditet och förlossning är separerad vilket innebär att kvinnan oftast inte har träffat barnmorskan innan förlossningen. Barnmorskor har ett självständigt ansvar för normal graviditet och förlossning och en läkare konsulteras vid avvikelser. Det finns ingen modell för vård i samband med barnafödande med en nordisk kontext som utgångspunkt. Syftet med forskningsprojektet är därför att utarbeta samt validera en modell för vård utvecklad genom en sekundäranalys av kvalitativ forskning genomförd av Olafsdottir, Berg och Lundgren, på Island respektive i Sverige (2). Modellen kommer att valideras via fokusgrupper med barnmorskor inom förlossningsvård i Sverige och Island.

I de studier vi har med i vår bakgrund är det ingen som specifikt har studerat hur barnmorskan ser på sin stödjande roll under förlossningen. I de studier vi tittat på beskrivs barnmorskans vård, möte och relation till kvinnan. Vår studie har därför som utgångspunkt att intervjua barnmorskor om hur de ser på sin stödjande roll. Efter att vår studie är avslutad kommer modellen att presenteras för barnmorskorna.

## **SYFTE**

Syftet med denna delstudie är att beskriva hur barnmorskor ser på sin stödjande roll i samband med förlossning.

## **METOD**

I delstudien har fokusgruppsintervjuer använts som metod. Fokusgrupper har sitt ursprung i sociologisk och massmedial forskning från 1940-talet. Idag används metoden inom flera akademiska forskningsområden och för utvärderingar inom ett flertal olika fält, till exempel inom hälso- och sjukvården. Emellertid finns det många olika sätt att genomföra denna metod liksom olika metoder för dataanalys. Att samla in kvalitativa data är dock syftet med fokusgruppen (23).

Fokusgruppsintervjuer kan användas som komplettering till andra metoder på alla stadier i forskningsprocessen men metoden kan också användas enskilt för att förklara och utveckla en teori, öka förståelse när det gäller förhållningssätt, värderingar och beteenden som uppstår i ett socialt samspel (23).

Fokusgruppsintervju är följaktligen en typ av gruppintervju. Intervjun karaktäriseras av att de som intervjuas, deltagarna, själva för ett samtal om ett ämne utifrån ett specifikt fokus, så som till exempel ett begrepp. Intervjuaren, även kallad moderator, observerar och styr samtalet så att de inte kommer bort från själva ämnet (24). Moderatoren ser till att det blir ett meningsutbyte och att deltagarna ska kunna ge uttryck för sina personliga åsikter (23, 25). När diskussionen väl är igång behöver moderatoren endast lyssna men ibland be om förklaringar och leda tillbaka till ämnet (23). Moderatoren har dock ett stort ansvar. Det är viktigt att det blir en bra stämning i gruppen under intervjun, att alla får komma till tals och att ingen säger något som de kommer att ångra (24). Det är viktigt att moderatoren är väl insatt i ämnet och tillhör samma grupp som de som blir intervjuade (23).

En fokusgrupp skall bestå av människor som har något gemensamt. Det är viktigt att gruppen har rätt storlek och fem deltagare är vad som numera rekommenderas. Detta för att moderatoren ska ha möjlighet att se alla deltagare. Fördelarna med gruppintervju är att det ger utrymme för interaktion. Detta kan ge den enskilde en större insikt om dennes egna åsikter och bevekelsegrunder. I interaktionen mellan deltagarna kan det komma fram idéer vilka kan användas som grund för planering och förbättring inom det område som studerats (24). Det är viktigt att få fram en stor mängd åsikter (25). Nackdelar med denna metod kan vara att de som är dominerande och som pratar mycket har lättare att få fram sina synpunkter. De som är mer tillbakadragna får inte samma möjlighet att uttrycka sina åsikter. Även ett eventuellt grupptryck kan påverka resultatet. I en grupp kan det finnas en informell norm vilket gör att resultatet blir att alla tycker samma även om verkligheten inte ser ut så (24).

Materialet i föreliggande uppsats analyserades med kvalitativ innehållsanalys som kan användas vid hantering av stora mängder data vid tolkning av texter. Kvalitativ innehållsanalys används framförallt inom humanvetenskap, beteendevetenskap samt

vårdvetenskap. Kvalitativ innehållsanalys har använts inom omvårdnadsforskningen för tydning och bearbetning av texter från bland annat journaler och intervjuer (26).

Metoden vid innehållsanalys är antingen deduktiv eller induktiv. Vid deduktiv metod sker analysen utifrån en mall eller teori till exempel vid journalgranskning. Genom induktiv ansats analyseras texter baserade på människors berättelser förutsättningslöst. Vid kvalitativ innehållsanalys läggs tyngdpunkten på att beskriva variationer genom att identifiera likheter och olikheter i textens innehåll. Likheter och olikheter uttrycks sedan i kategorier och teman på olika plan. Sammanhang har betydelse vid skapande av teman och kategorier. Innehållet i texten måste förstås utifrån den text som kommer före och efter. Texten är följaktligen inte fri från sitt sammanhang (26).

För att beskriva själva analysprocessen används ett antal centrala begrepp; analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (26) skall en analysenhet vara tillräckligt stor för att vara en helhet och tillräckligt liten för att vara rimlig att hantera. Domäner kan exempelvis vara delar av en intervjutext som sammanfaller med ett specifikt frågeområde, således delar av texten som handlar om ett specifikt område. En meningsenhet är en del av en text som kan utgöras av ord, meningar och stycken som på grund av sitt innehåll och sammanhang hör ihop. Dessa meningsenheter utgör underlaget för analysen och bör vara lagom stora. Kondensering innebär att texten görs mer lätthanterlig genom att den kortas ner samtidigt som det centrala innehållet bibehålls. Texten förses med koder vilka sedan förenas till kategorier. Innehållet avskiljs och lyfts ut till en högre logisk nivå för att på ett kortfattat sätt beskriva innehållet i en meningsenhet (26).

Flera koder med likartat innehåll bildar en kategori. Således skall innehållet i en kategori skilja sig från innehållet i en annan kategori. Data skall ej hamna mellan kategorier eller passa in i andra kategorier. Data som inte svarar på syftet skall därför uteslutas. Detta kan vara svårt när en text handlar om människors upplevelser. Benämningen av en kategori skall kunna svara på frågan vad och återge innehållet på en beskrivande nivå. Ett antal underkategorier kan finnas under en kategori (26).

## **URVAL**

Deltagarna skall vara intresserade av ämnet och ha något att tillföra. Eftersom inga generaliseringar görs behöver inte deltagarna väljas ut genom slumpmässigt urval. Ofta väljs en så enhetlig grupp som möjligt. Deltagarna skall ha någonting gemensamt, till exempel kön, ålder eller utbildning (23).

Sex barnmorskor från respektive förlossningsenhet tillfrågades och deltog. Den ena enheten var en normalförlossningsenhet och den andra en enhet för kvinnor med komplicerat barnafödande.

## **GENOMFÖRANDE**

Studien genomfördes vid två tillfällen med totalt 12 barnmorskor från två förlossningsenheter i Göteborg, en för normalobstetrik och en för specialobstetrik. Fokusgruppsintervjuerna som är en del av ett större forskningsprojekt genomfördes vid två tillfällen våren och sommaren 2010. Vid enheten för normalobstetrik intervjuade den ena forskaren och vid enheten för specialobstetrik intervjuade den andra forskaren i projektet. En av oss var med som observatör vid en av intervjuerna. På grund av olika skäl så kunde vi inte delta vid den andra fokusgruppsintervjun. Frågor som ställdes vid intervjuerna var "Beskriv er stödjande roll i samband med förlossningen" varpå barnmorskorna berättade fritt om sina upplevelser av deras stöd. Följdfrågor ställdes av moderatorn som "vad menar du med det". Intervjuerna varade mellan 60-90 minuter och spelades in på band.

## **DATAANALYS**

Kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (26) användes vid analys av intervjuerna. Vi lyssnade på intervjuerna, vilka skrevs ner ordagrant av oss båda, det vill säga transkriberades. Efter det analyserade vi texten med stöd av vår handledare. Intervjuerna lästes igenom flera gånger av oss för att få en helhetsbild samtidigt som analysen påbörjades. Vi reflekterade över det huvudsakliga innehållet i

texten. Meningsenheter identifierades vilka kondenserades, abstraherades och benämndes med olika koder. Vid osäkerhet om vi tolkade innehållet rätt vände vi oss till vår handledare. Koderna jämfördes för att urskilja likheter och olikheter och sorterades under ett antal kategorier. Kategoriernas innehåll jämfördes och eventuella kategorier sammanfördes till under- och huvudkategorier.

Exempel på meningsenhet, kondenserad meningsenhet, underkategori och huvudkategori ges i figur 1/bilaga 1.

## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Enligt lagen om etisk forskning (2003:460) ska en etisk prövning göras i studier där människor ingår, men då uppsatsen skrivs inom högskoleutbildning på avancerad nivå behöver detta inte göras (27). De studier som ligger till grund för forskningsprojektet samt hela forskningsprojektet har dock etikprövats.

Barnmorskorna som tillfrågades fick såväl skriftlig som muntlig information om studien. Förfrågan utgick till cheferna/sektionsledarna på respektive enhet som förde frågan vidare. Vid forskning som gäller människor ska de enligt lag informeras om studien och lämna sitt samtycke till att medverka. De medverkande ska ha möjlighet att tacka nej utan att lämna någon förklaring till varför de inte vill vara med. De ska även ha möjlighet att när som helst dra sig ur studien (27). I vår delstudie fick barnmorskorna skriftlig information och en möjlighet att när som helst avbryta sitt deltagande, se bilaga 2.

I det formulär där deltagarna skriver under för att bekräfta sitt samtycke ska följande information finnas enligt de forskningsetiska riktlinjerna; syftet med forskningen, vilka metoder som kommer att användas för att få fram material, vilka risker som forskningen kan medföra för de medverkande, vem som är ansvarig för forskningen, att de som deltagare har rätt att avbryta sin medverkan när som helst och att medverkande i forskningen är frivilligt. De har även rätt att veta vilken som är den övergripande planen för forskningen. Den skriftliga informationen ska vara skriven på ett sätt och ett språk så

att deltagaren kan förstå innehållet (27). I den skriftliga informationen till denna delstudie har dessa riktlinjer beaktats.

Forskningsmaterialet är endast tillgängligt för handledare samt författarna. Därmed har vi beaktat konfidentialitetskravet för forskning.

Studien innebär inte några risker för patienter. Eventuella risker för de deltagande barnmorskorna kan vara att de är kollegor och därmed inte vågar säga exakt vad de skulle vilja av rädsla för kollegornas åsikter. En sektionsledare deltog i en av fokusgrupperna vilket eventuellt kan öka denna risk då sektionsledaren har en ledande roll på enheten. Enligt Trost (24) finns det risk för att deltagarna inte vågar säga vad de tycker eftersom de befinner sig i en social situation. De kan uppleva att de inte vågar lita på att alla som intervjuas kommer att hålla tystnadsplikten. Den som intervjuas säger inte sådant som den inte vill att andra ska känna till. Det finns också en risk att de säger sådant som de inte hade tänkt att de skulle säga (24).

Nytan med denna studie är att barnmorskorna tillsammans får reflektera över sitt stöd vilket i sin tur kan gynna patienterna.

## **RESULTAT**

Barnmorskorna som deltog i studien var i åldrarna 28 till 61 år och var såväl nyutbildade som mer erfarna. De hade en arbetslivserfarenhet som barnmorska mellan sex månader och 38 år. Från specialobstetrikern var en av de barnmorskor som deltog sektionsledare. På den ena förlossningsavdelningen arbetar personalen endera dag- och kvällspass eller enbart nattpass, medan ett stort antal på den andra avdelningen arbetar treskift.

I resultatet framkom fyra huvudkategorier; närvaro, bekräftelse, helheten och organisationen är ett hinder vilka fick ett antal underkategorier var, se tabell 1. Resultatet presenteras utifrån dessa huvud- och underkategorier.

<u>Huvudkategori</u>	<u>Underkategori</u>
Närvaro	Att vara närvarande här och nu Kvinnan vill ha kontinuerlig information Se kvinnans förlopp och kroppssignaler
Bekräftelse	Känna av kvinnans behov av stöd Beroende på vem man möter – olika önskemål och olika erfarenheter Bekräfta det normala i födandet
Helheten	Medicinskt och psykologiskt kunnande Kunskap om förloppet Påverka förlossningsförloppet
Organisationen är ett hinder	Dagpass gentemot nattpass Nyutbildade barnmorskor Förutsättningar Auktoritet

Tabell 1 Huvud och underkategorier

## NÄRVARO

Barnmorskans stöd innebär att sträva efter att vara närvarande för hela familjen, mamman, pappan och det kommande barnet. Fokus ligger dock mest på mamma. Enligt de riktlinjer som gäller har samtliga kvinnor på sjukhusets förlossningskliniker rätt till så kallat kontinuerligt stöd från det att de är i ett aktivt förlossningsarbete och senast då kvinnan är öppen sex cm. Närvaro innebär att vara närvarande här och nu och att ge kvinnan kontinuerlig information. Närvaron kan hjälpa barnmorskan att se kvinnans förlopp och kroppssignaler.

### Att vara närvarande här och nu

Kontinuerligt stöd behöver inte alltid betyda att barnmorskan är fysiskt aktiv på rummet eftersom det inte alltid behövs. De utövar en form av tyst stöd vilket är minst lika viktigt. Barnmorskan observerar, palperar och ser progressen.

*”Närvaro, det kan ju vara att man finns på rummet men att man ändå är väldigt tyst.”*

*”... för det är ju det där att bara var tyst på ett rum och inte säga något. Då ser man väldigt mycket. Alltså genom andning, deras blickar. Det missar man ju lite när man inte är på rummet.”*

Bemanningen på förlossningsavdelningarna innebär att en barnmorska oftast vårdar fler än en kvinna. Detta gör att hon måste jobba extra mycket med att få kvinnan att känna sig trygg. Kvinnan ska känna att barnmorskan är närvarande fast hon inte är på rummet hela tiden.

*”... just nu är det bara du som gäller, och just nu är jag här även om det bara är tre minuter... att jag blir medveten om här och nu... det är vår relation, vårt möte, vår ögonkontakt.”*

Barnmorskorna beskriver att när mötena mellan dem och kvinnan blir bra så ger det energi tillbaka till dem. När en god kontakt inte har kunnat etableras med patienten så upplever de att det tar mer energi att vara närvarande eftersom de inte fått en bekräftelse på att det de gör är bra.

*”Men det handlar väl om ett samspel, det tycker jag också då får man ju någonting tillbaka och man känner ju att det här funkar, det går bra, hon får den hjälp hon behöver, det blir ett samspel mellan oss och de som är i rummet. Det ger energi.”*

Barnmorskorna beskriver också att det kan kosta mycket energi att vara närvarande. Vissa dagar upplever de att de har mindre energi att använda sig av. Om de har fler än en patient så kan de känna att energin inte alltid räcker till.

*”För det kostar ju verkligen energi att verkligen lyssna in och vara lyhörd.”*



## **Kvinnan vill ha kontinuerlig information**

Genom att vara närvarande och tillgänglig så mycket som möjligt för kvinnan uppmärksammas hennes och pappans behov av kontinuerlig information. De allra flesta önskar att få veta vad det är som händer, hur det ser ut och hur det går. De har ett väldigt stort behov av information.

*”Det känns som om man har ett behov av att informera. Ibland känns det också som om de förväntar sig någonting, om man kommer in skall man säga något, eller göra något, något skall hända.”*

Det är därför viktigt att informera om hur den fortsatta planeringen ser ut. Exempelvis om kvinnan är i öppningsskedet, informera om att nästa undersökning förmodligen inte kommer att ske förrän om två timmar utan nu får kroppen jobba själv. Att vidare informera om att barnmorskan kommer att komma in med jämna mellanrum och titta till dem, avlyssna fosterljuden och så vidare. Ibland innebär det mer oro för paret om barnmorskan springer ut och in i rummet om kvinnan och pappan inte vet orsaken.

*”... för när man kommer in och ut... varför kommer du in, vad skall du göra? Att de förväntar sig att nu blir det aktivitet här.”*

## **Se kvinnans förlopp och kroppssignaler**

Genom kontinuerligt stöd får barnmorskan väldigt mycket information om födelseprocessen. Denna information hjälper henne vid den fortsatta handläggningen av förlossningen. Det är därför viktigt att hon är mycket på rummet även om paret inte behöver hennes aktiva stöd. Det blir istället en form av tyst stöd.

*”Det här att iaktta... vad händer med värkarna, ha lite koll på hur barnet tränger ner... man är närvarande men tyst... sen får man efteråt respons från mamman... vad gott att du satt där inne.”*

En barnmorska får genom erfarenhet en god uppfattningsförmåga för hur progressen skrider framåt. Detta kan bäst läras in genom att vara mycket inne på rummet och se hur kvinnan betar sig i de olika faserna. Som barnmorska är det viktigt att ligga steget före.

*”... jag visste hur många centimeter, jag visste hon föder innan jag går hem, jag visste alltihopa... jag ser på henne... man lär sig, man vet...”*

*”... de har signalerat att det är bra att umgås med födande kvinnor. Det gjorde man ju redan som student. Det bästa det är att du är inne och lyssnar, hör hur hon andas, och ser hur hon betar sig.”*

## **BEKRÄFTELSE**

Kvinnan behöver mycket bekräftelse från barnmorskan. Detta kan ske på olika sätt. Varje kvinna ska betraktas som unik och den specifika vården ska anpassas efter hennes behov. Bekräftelse innebär att se kvinnans behov av stöd och bekräfta det normala i barnafödandet. Bekräftelse är beroende av den kvinna barnmorskan möter, det finns olika önskemål och erfarenheter.

### **Känna av kvinnans behov av stöd**

Det är viktigt att barnmorskan försöker känna av den enskilda kvinnans behov av stöd. Att barnmorskan redan i första mötet med kvinnan försöker se vad just den kvinnan behöver. Det är viktigt att försöka ha någon form av ankomstsamtal där barnmorskan får höra parets tankar, önskemål och eventuella rädslor. En del har ett förlossningsbrev med sig. Det är viktigt att barnmorskan bekräftar att hon skall försöka tillmötesgå deras önskemål då det får dem att känna sig trygga.

*”... om hon är nervös, om hon är rädd... det är ju som att gå på tunn is, och då känner jag att jag måste gå här bredvid... vissa känner, här är ju stark is, då behöver ju inte jag gå precis bredvid henne.”*

I många förlossningsbrev har paret uttryckt en önskan om hur de önskar att förlossningen ska gå till. Barnmorskorna upplever ibland att det paret beskriver i brevet inte alltid överensstämmer med hur de vill ha det just i detta ögonblick. Önskemålen kan under förlossningens gång förändras. Det kan vara svårt för paret att formulera vilka behov de kommer att ha i förväg.

*”Det ser man i de här breven, de är ju ganska så... inte alltid så informativa... de vet inte vad de har framför sig och de vet inte vilka behov de kommer att behöva.”*

*”Många patienter har med sig egna brev och ibland läser man de innan, och då händer det ibland att man kommer in och träffar patienten och det känns inte alltid som det överensstämmer alla gånger med vad brevet, att de under förlossningens gång ändrar sina önskemål.”*

Det är också viktigt att bekräfta den blivande pappan genom att ge honom verktyg för att stödja, eller att inte ta ifrån honom sina verktyg om hans stöd redan fungerar bra.

*”... vissa par, där är ju männen fantastiska... det är ju viktigt att inte ta ifrån honom det, att han får fritt spelrum.”*

Det är viktigt att inte störa om paret jobbar på bra tillsammans. Men barnmorskans närhet och tillgänglighet är ändå viktig. Ibland upplever dock barnmorskorna att det kan vara svårt att ge kontinuerligt stöd om paret jobbar bra själva som team och hon kan då tendera att känna sig onödig och överflödig. Men det är inte ovanligt att barnmorskan efteråt får bekräftelse på att det gjorde gott att hon fanns där även om de inte behövde henne aktivt hela tiden.

*”... det är jättesvårt... sen hade jag någon där jag kände mig väldigt onödig, när det var kontinuerligt stöd och jag verkligen kunde sitta därinne hela tiden.. Men i efterhand sa de att det var väldigt skönt att jag var där inne hela tiden... man var ju uppenbarligen inte onödig.”*

## **Beroende på vem man möter – olika önskemål och olika erfarenheter**

Barnmorskan försöker tolka in vad patienten behöver, utifrån upplevelsen och patientens önskemål. Ett sätt att bilda sig en uppfattning om patienten är, förutom att prata med henne, att läsa mödravårdsjournal, läsa tidigare förlossningsjournaler och eventuellt förlossningsbrev.

*”Vad är det för en kvinna som kommer, vad har hon med sig... bagaget, vad har hon? Vem är hon? Vad har hon för erfarenhet? Eller är det första gången? Har hon några speciella rädslor?”*

Något som är unikt med barnmorskans jobb är att hon snabbt behöver känna in kvinnan och se hennes behov.

*”Stödet ser ju så väldigt olika ut beroende på vem man möter, och det är ju det som är det svåra med vårt jobb. Ibland får man vara väldigt aktiv och ibland får man ju bara egentligen finnas där.”*

## **Bekräfta det normala i födandet**

Det är viktigt att uppmuntra mamman, ge kraft åt hennes födande och bekräfta det normala. Barnmorskan försöker bevara det naturliga i förloppet så långt det är möjligt.

*”Ja det är ju, barnet skall födas ut... så naturligt och enkelt som möjligt tycker jag då och då är det just att uppmuntra mamman att det är naturligt att föda, det är inte något konstigt. Det är normalt. Få kraft i henne, i hennes födande... att följa så enkelt och naturligt som möjligt.”*

Barnmorskan ansvarar även för den medicinska säkerheten. Det är därför de utför kontroller såsom att avlyssna fosterljud, koppla CTG och informera doktorn om något är avvikande från det normala.

*”... så säker medicinsk vård du kan... och samtidigt har du det här synsättet att det är naturligt, att det är normalt att föda och plockar fram det som är normalt förhoppningsvis.”*

*”... man vet att det hör till det normala och då kan jag på något sätt bekräfta henne att det är normalt...”*

## **HELHETEN**

Barnmorskan beskrivs som unik när det gäller stöd eftersom hon ser till helheten under förlossningen. En barnmorska ser till kvinnans behov gällande såväl psykologiskt som fysiskt stöd, och hon ser även till den medicinska säkerheten som också är en del av helheten. Exempelvis har en undersköterska vissa bitar, men helheten finns bara hos barnmorskan. Barnmorskan har en speciell kunskap och kan påverka förlossningsförloppet med sitt stöd.

## **Medicinskt och psykologiskt kunnande**

Även om ett par jobbar bra tillsammans som team under förlossningen och barnmorskan inte bör gå in och störa så är hennes tillgänglighet och kunskap viktig för paret. Om barnmorskan finns på rummet så bidrar det till ökad trygghet för paret. Pappan står för det emotionella och bär upp mamman som person på ett privatare plan medan barnmorskan står för säkerheten. Hon blir en garant för att det kommer att gå bra.

*”... jag tror också att de vet att man är där som barnmorska, då vågar, man vågar mer. Att man vågar slappna av. Man kanske känner sig väldigt trygg i sig själv och så, men jag vet ju att barnmorskan står där, det är som en försvarsadvokat, du är där. Händer det något så hoppar du in. Och det tror jag, då vågar man föda. Tillåtelse att föda för du känner dig trygg.”*

I jämförelse med andra professioner anser sig barnmorskan vara unik i det att hon ser till helheten på ett alldeles unikt sätt.

*”Men så är det väl i vår profession så är det både medicinskt, psykologiskt, jag menar vi har fler bitar.”*

### **Kunskap om förloppet**

Barnmorskan stöttar själva födelseprocessen. Hon kan stödja själva födandet genom att bekräfta att det fungerar precis som det skall, att värkarna gör att det går framåt och att hon skall stötta kvinnan i smärtan med exempelvis smärtlindring i den mån det går. Detta stöd kan inte pappan eller någon annan stå för eftersom de saknar barnmorskans kompetens. Barnmorskan är därför inte utbytbart.

*”Ja men vi har ju både det här liksom att vi ser på kvinnan var hon är någonstans, och följer det medicinska också, vi har liksom alltihop.”*

*”Samtidigt när man har kunskap om förloppet och vet hur ett normalt förlopp är... och så känner man ju ändå till att kvinnan uttrycker sig ofta olika i olika faser, och att hon behöver olika typ av stöd beroende på var hon är.”*

Förr var det vanligt att undersköterskorna var mer delaktiga i stödet tillsammans med barnmorskorna. Många barnmorskor saknar nu undersköterskans stöd under förlossningen och de menar att de erfarna undersköterskorna i många fall skulle kunna vara fantastiska stödpersoner. De har genom sin erfarenhet fått en god uppfattning av hur den födande kvinnan kan bete sig. De har lärt sig se förloppet. Tidsbrist och dålig bemanning har idag gjort att undersköterskorna sällan är med som en stödjande person.

*”... om jag tittar på alla år jag har jobbat, och när undersköterskorna var närvarande... de gjorde aldrig en vaginalundersökning, aldrig en palpation, men de kunde liksom titta på kvinnan och se när någonting var på gång, att nå nu skulle de nog vara där inne... för hon kunde ju se på kvinnans kroppsspråk många gånger... se när någonting var på gång... instinktivt då.”*

## **Påverka förlossningsförloppet**

Barnmorskorna beskriver också att stödet är en del i helheten eftersom det kan påverka förlossningsförloppet. Om barnmorskan är närvarande och ger kvinnan ett bra stöd kan detta underlätta för kvinnan att få en normal vaginal förlossning och att bli förlöst. Denna dimension av stödet kan bara barnmorskan ge och det är en del av helheten.

*”Och så får man kontakt med henne och så tittar hon på en... du fixar det här säger jag till henne... men det är ju den här kontakten och stödet, du kan inte gå ut ur rummet förrän hon är i princip förlöst. Jag kan inte gå för hon är så inne i det... att det beror på mitt stöd ... jag kan säga det”.*

*”Man har ju den röda tråden, tar in helheten hur hon föder. Så klart har vi en annan syn på detta än typ en student eller en undersköterska.”*

## **ORGANISATIONEN ÄR ETT HINDER**

Inom förlossningsvården saknas det resurser vilket resulterar i minskade förutsättningar för stöd enligt barnmorskorna. Vidare påverkar organiseringen av arbetet i dag- och nattarbete förutsättningarna för att ge stöd. Barnmorskorna har en känsla av att det är det medicinska som prioriteras i många fall. Nyutbildade barnmorskor kan ha speciella problem när det gäller stöd, de kan till exempel sakna den auktoritet som mer erfarna har.

### **Dagpass gentemot nattpass**

Barnmorskor som arbetar skift upplever att det under natten kan vara enklare att vara närvarande och stödja för att då är det inte så mycket annat som stör jämfört med när de arbetar dagen.

*”... det är mer primärt på natten, patienter kommer in och föder... men på dagen... mer samtal, telefoner som ringer, ronder. Natten blir ju det att man ägnar sig åt patienten.”*

De barnmorskor som har patienter i ett aktivt förlossningsarbete skall ges så mycket utrymme som möjligt för att vara inne hos patienten och stödja även dagtid. Många beskriver att det kan vara svårt på grund av hög arbetsbelastning och att det under dagtid finns störande moment.

*”... vi vill försöka uppnå det så långt vi kan. Ibland lyckas vi inte jättebra, ibland lyckas vi bra.”*

Samtidigt framkommer det att vissa barnmorskor tycker att det kan vara svårt att ge kontinuerligt stöd nattetid och då framförallt det tysta stödet. Att avge positiv energi utan ord kan då bli mer krävande och barnmorskorna tenderar därför känna att de orkar mindre på natten. Arbetspassen är längre och det finns en naturlig trötthet hos dem som arbetar skift.

*”... det är ju svårare på natten, det här stilla tysta stödet... då är det på natten, det är tyst och det blir väldigt lång tid för dem... minuterna går väldigt långsamt.”*

*”Det är lite det man försöker, ge dem en positiv energi utan ord... Man har inte lika mycket att ge där, eller jag känner att jag har inte lika mycket att ge då, jag orkar inte riktigt på samma sätt.”*

### **Nyutbildade barnmorskor**

Som nyutbildad barnmorska kan arbetet kännas extra tungt då de ofta får väldigt mycket förlossningspatienter vilket innebär att det blir mycket av det kontinuerliga stödet för dem på varje arbetspass. Det kan ta väldigt mycket på deras krafter.

*”... kontinuerligt stöd, det kräver väldigt mycket av en... det går åt mer energi att ha kontinuerligt stöd och vara hos en patient än att vara ute på avdelningen och springa runt till olika patienter. Tre nätter i sträck och kontinuerligt stöd... det är jättejobbigt.”*



Det kan också upplevas svårare som nyutbildad barnmorska att avge positiv energi då det finns en större osäkerhet. Det är inte alltid barnmorskan känner sig hundra procentigt säker i situationen och när de är på rummet och har kontinuerligt stöd kanske osäkerheten tar bort en del av den positiva energin. Är det kontinuerligt stöd som skall ges kan de även undvika att gå ut och prata med sina kollegor om sin osäkerhet.

*”Det är en psykisk press också när man är ny... då ska du ge utstråla trygghet och lugn... så det är ju svårare när man inte är så erfaren att ge tryggheten, självklart, hur skulle man kunna.”*

*”Fast det är då, när man är ny, det är ju då man har som mest kontinuerligt stöd för att man har mest förlossningspatienter.”*

### **Förutsättningar**

Barnmorskorna beskriver stödet som något som de tycker är mycket viktigt för deras arbete, men organisationens förutsättningar hindrar dem ofta från att utföra sitt jobb på ett tillfredsställande sätt. Det kan innebära negativa effekter för det födande paret och för känslan hos barnmorskan. Organisationen beskrivs som för stor, och att den inte ser till individen.

*”... ibland går det inte riktigt ihop sig, verksamheten och att få en bra förlossning för det här paret. Det är ju liksom, det är olika krafter som sliter i oss här.”*

Det framkommer att det läggs mer fokus på den medicinska delen när det gäller undervisningsronder. Barnmorskorna uttrycker att de även önskar att själva stödet skulle bearbetas mer under dessa ronder. Samtidigt upplever en del barnmorskor att det är jobbigt att prata om stödet i grupp för att de upplever att de oftast inte kan prioritera stödet på det sätt som de önskar. De vet att det är viktigt men att det inte alltid går att utföra på grund av hur organisationen ser ut.

*”... man känner lite frustration över att man inte, det finns inte alltid möjligheter att ge det man vet att man skulle kunna ge i det här mötet...”*

Sedan det infördes att alla hade rätt till kontinuerligt stöd när de är öppna sex cm så har acceptansen och tillåtandet att barnmorskan är inne på ett rum hela tiden ökat. Dock tillåter inte bemanningen alltid att detta kan ske.

*”Men det låter väldigt fint, 12 rum, sex barnmorskor. Det är en enkel ekvation, det går inte.”*

*”Kvinnans behov måste vara det som styr vår verksamhet.”*

### **Auktoritet**

Barnmorskor med lite mindre erfarenhet kan ibland känna att de inte har samma auktoritet som äldre och erfarna kollegor när det gäller att sätta gränser i arbetet. Oftast har en erfaren kollega en helt annan pondus att säga ifrån, exempelvis när de känner att de behöver fokusera på enbart en patient. Auktoriteten kan handla om att som barnmorska kunna förmedla till andra vikten av att hon behöver tid och möjlighet att ge kvinnan ett bra stöd för att hon ska få en normal förlossning

*”Jo, men just att det här, att säga det här. Vill ni ha henne förlöst, vaginalt? Då måste jag vara där inne nu. Att vara raka så var vi lite dåliga på, för vi skulle hjälpas åt, och vi skulle vara så kollegiala och så. Jag tycker att jag många gånger sagt då - skall hon bli vaginalförlöst då måste jag vara där inne, välj? Och då har jag ju fått vara där inne.”*

De gäller att ha en auktoritet och våga markera, vilket inte alla upplever att de har. Bland barnmorskorna verkar det som om de har lite olika roller, de uttrycker att det är skillnad på dem alla. De mindre erfarna barnmorskorna kan ibland uppleva att vissa sektionsledare inte lyssnar till dem. De upplever att de har svårare att säga ifrån och att då bli tagna på allvar. De mindre erfarna kan också uttrycka en tveksamhet över den egna förmågan i relation till stödets betydelse för att kvinnan ska få en normal förlossning.

*”Jag tror säkert att när du kommer ut och säger så, då är det så, men kommer jag ut till vissa och säger så då är det – nu måste du ta en till. Så känner jag faktiskt... jag tror inte alla sektionsledare lyssnar på mig om jag säger så i alla fall. Det upplever inte jag, om jag skall vara ärlig.”*

*”Vill du ha henne vaginalförlöst så måste jag vara där inne, de orden tror jag inte att jag har sagt i alla fall. Jag är inte lika övertygad om att det räcker kanske, och det sitter väl i mitt huvud då, i min tro på mig själv. Jag har inte den auktoriteten som barnmorska tror jag som du har. Det är ju skillnad mellan oss alla.”*

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Syftet med denna delstudie var att beskriva hur barnmorskor ser på sin stödjande roll i samband med förlossning. Vi anser att detta syfte har uppnåtts. Fokusgruppsintervjuer användes som metod i denna studie. Att denna metod skulle användas för studien var förutbestämt och inget vi kunde påverka. Anledningen till att fokusgruppsintervjuer valdes för denna studie var att de ville se hur barnmorskorna som grupp ser på sin stödjande roll. Metoden valdes för att man ville att deltagarna själva skulle föra en diskussion kring ämnet stöd under förlossningen. Hylander (23) nämner att fokusgruppsintervjuer är en relativt vanlig metod inom forskningen som rör hälso- och sjukvård. Ett alternativ till fokusgrupper hade varit att göra enskilda intervjuer med barnmorskorna, och då hade vi fått fram det individuella perspektivet mer. Ett annat alternativ hade kunnat vara en enkätundersökning.

Vi anser att det finns för- och nackdelar med att fokusgrupp valts som metod. En av nackdelarna är att barnmorskorna arbetar tillsammans och känner varandra, och att det då kan vara svårt att säga precis vad de tycker med risk för att det kommer att ligga dem till last i det fortsatta arbetet. De kan upptäcka att de har olika åsikter om saker och ting och det kan upplevas svårt när man jobbar på en och samma arbetsplats. Deltagarna kan

också känna rädsla över att det de har sagt kommer att komma fram till andra kollegor även om det skall vara konfidentiellt. Det positiva är att de får möjlighet att diskutera tillsammans och att det kan gynna arbetsplatsen.

Samtliga barnmorskor i studien ansåg att det är ett viktigt ämne att diskutera. I den ena gruppen var en sektionsledare med. Vi anser inte att detta var optimalt då hon har en ledande roll på arbetsplatsen. Vi tror att det kan påverka negativt och eventuellt hämma deltagarna i den gruppen. Vi anser att samtliga som deltog kom till tals. Samtidigt fanns det någon eller några i de båda grupperna som var mer dominanta och vars åsikter vi anser framfördes mer. Stämningen bland deltagarna uppfattade vi ändå som positiv i båda grupperna. Enligt Hylander (23) och Kvale (25) så har moderatorn ett stort ansvar då denna har som uppgift att se till att samtliga deltagare kommer till tals och att det blir ett meningsutbyte, att personliga åsikter får framföras samtidigt som ingen skall behöva känna att de ångrat något de sagt (23, 25). Vi anser att moderatorerna i denna delstudie har lyckats i sitt uppdrag.

Kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats har använts vid analys av vårt material. Enligt Graneheim och Lundman (26) skall texterna analyseras förutsättningslöst och tyngdpunkten ligger på att identifiera likheter och olikheter i textens innehåll (26). Intervjuerna som spelats in på band skrevs ner ordagrant av oss. Därefter fick vi läsa igenom texterna ett flertal gånger för att få oss en helhetsbild varpå vi påbörjade analysen. Vårt mål var att få fram det mest betydelsefulla i texterna. I början upplevdes det svårt men ju mer vi satte oss in i texterna desto tydligare tyckte vi att det blev. Vi skapade meningsenheter som kondenserades, abstraherades och benämndes med olika koder. Till slut fick vi fram ett antal kategorier som vi slutligen sammanförde i under- och huvudkategorier. Enligt Graneheim och Lundman (26) skall data ej hamna mellan kategorierna vilket kan vara svårt när det handlar om människors upplevelser (26). Detta var det vi upplevde som svårast.

Vi anser att resultatet är trovärdigt och överförbart på andra förlossningsenheter i Sverige.

## RESULTATDISKUSSION

Vårt syfte var att beskriva hur barnmorskor ser på sin stödjande roll. Resultatet från studien visar fyra huvudkategorier; *närvaro*, *bekräftelse*, *helheten* och *organisationen är ett hinder*. Diskussionen kommer att utgå från dessa huvudkategorier och sättas i relation till forskning.

I intervjuerna som gjordes använde barnmorskorna ordet pappa istället för partner varför vi också valde att använda oss av pappa istället för partner i resultatet och delvis i diskussionen.

### Närvaro

En av huvudkategorierna i denna studie var närvaro. Närvaro är ett begrepp som tidigare lyfts fram inom forskningen. Hodnett (13) och Lundgren och Dahlberg (14) skriver att närvaro påverkar förlossningen positivt såväl fysiologiskt som emotionellt. I studierna har det visat sig att de kvinnor som erhåller stöd upplever en ökad känsla av kontroll samtidigt som en minskning av operativa ingrepp kan ses (13, 14). Olafsdottir (22) beskriver barnmorskans närvaro under förlossningen och vad som kan ske om hon inte är närvarande. Barnmorskan behöver få möjlighet till närvaro för att bibehålla kontakten med kvinnan. Förlorar hon kontakten får hon svårigheter att stödja henne (22).

Samtliga kvinnor på sjukhusets förlossningskliniker som vår studie utgår ifrån har rätt till ett kontinuerligt stöd när de är i ett aktivt förlossningsarbete eller senast då kvinnan är öppen sex cm. Ett kontinuerligt stöd innebär dock inte alltid att barnmorskan är fysiskt aktiv på rummet utan det kan lika väl innebära att de utövar ett tyst stöd. Vid tyst stöd finns de där i bakgrunden, observerar och följer progressen, palperar och har koll på att allt förlöper normalt. Berg (19) betonar vikten av att barnmorskan finns där för kvinnan, en bestående närvaro, en tillgänglighet på såväl psykiskt som fysiskt plan (19). Barnmorskorna i vår studie pratar mycket om det tysta stödet. Att det är genom kvinnans blickar, kroppsspråk och andning, genom att iaktta värkarna och hur barnet tränger ner som barnmorskan kan utläsa väldigt mycket. Lundgren och Dahlberg (14) skriver att om barnmorskan har en möjlighet att vara tillgänglig och följa kvinnan under hela förloppet är det lättare för barnmorskan att få en helhetsbild (14).

Barnmorskorna i vår studie upplevde att de flesta par har ett behov av kontinuerlig information om vad som händer. Det är ytterligare en aspekt på att deras närvaro och tillgänglighet behövs, för att kunna ge paret fortlöpande och korrekt information. Vi anser att det underlättar om barnmorskan kan vara på rummet så mycket som möjligt och följa förloppet. Tyvärr ser inte verkligheten alltid ut så. Vi kommer att diskutera detta ämne mer under rubriken *organisationen är ett hinder*.

Kennedy (16) lyfter fram betydelsen av att barnmorskan respekterar kvinnans behov av tid och information då det stärker henne i hennes födande (16). Barnmorskorna i vår studie upplevde också att flera par förväntar sig aktivitet när barnmorskan är närvarande. Därför är information om hur barnmorskan arbetar och hur den fortsatta planeringen ser ut för kvinnan viktig. Det kan innebära att i öppningsskedet informera om att barnmorskan finns där och tittar till dem med jämna mellanrum men att det troligtvis kommer att ta lite tid i början och att kroppen nu skall få jobba själv ett tag. Eller att i ett mer aktivt skede informera om att barnmorskan finns där på rummet så mycket som möjligt för deras stöd. Utan denna information finns det risk för mer oro hos paret för vad som sker och komma skall.

Barnmorskorna i studien beskrev hur närvaro kan ge energi till dem. Liknande resultat har Kennedy (15) beskrivit med begreppet *life journeys* som innebär att vården även för barnmorskan ger ett positivt utfall. När kvinnan får en positiv upplevelse så ger det en bekräftelse till barnmorskan att hon har gjort ett bra arbete, vilket i sin tur ger positiv energi till barnmorskan (15). Under vår praktik upplevde vi också att olika patienter tar olika mycket energi. Hos de patienter där det var svårt att skapa en kontakt så gick det åt ännu mer energi. Men det är just de positiva mötena när man får energi tillbaka som gör jobbet så roligt. Även Olafsdottir (22) beskriver vad som händer med barnmorskan när hon inte får någon feedback från kvinnan. Barnmorskan tenderar då att känna sig missnöjd med sitt arbete. Olafsdottir beskriver också en förlust av barnmorskekunskaper vid brist på närvaro (22).

## Bekräftelse

En annan huvudkategori som kom fram var bekräftelse. Bekräftelse kan innebära att barnmorskan försöker känna av den enskilda kvinnans behov av stöd vilket många gånger kan vara en utmaning för barnmorskan. Barnmorskorna i vår studie berättade att redan vid första mötet med kvinnan försöker de skapa en bild av vad just den kvinnan de har framför sig behöver. Om kvinnan kommer in i ett relativt lugnt skede kan detta ske genom att barnmorskan har ett samtal med paret för att få ta del av deras tankar, önskningar och eventuella rädslor. I detta ligger det också hos barnmorskan att bekräfta kvinnan och att hon i möjligaste mån skall tillmötesgå hennes önskemål.

Barnmorskorna i studien beskrev hur de oftast redan i tidigt skede kan känna av om kvinnan de har framför sig är väldigt rädd eller mer avslappnad. Detta resultat kan relateras till Kennedy (15) som skriver att barnmorskan skall vara öppen för kvinnan. Barnmorskan skall visa respekt för och stödja kvinnans önskemål även om de inte överensstämmer med hennes egna personliga värderingar. Kennedy menar att ett mål för barnmorskan är att försöka förstå hela kvinnan i hennes sammanhang för att kunna hjälpa kvinnan att finna sin styrka och använda den. Barnmorskan skall stödja kvinnan och hennes önskemål så länge hon anser att det inte innebär några risker (15).

Barnmorskorna i vår studie beskrev hur viktigt det är att även bekräfta den blivande pappan. Det är också viktigt att låta ett par som jobbar på bra tillsammans att få det utrymme de behöver. När det skall vara kontinuerligt stöd så framkom det dock att vissa barnmorskor känner sig överflödiga på rummet, samtidigt som de oftast får bekräftelse efteråt av paret att det var skönt att hon fanns där även om de inte behövde henne hela tiden.

Att bekräfta det normala i födandet är något som barnmorskorna försöker att göra och deras mål är att bevara det naturliga förloppet. Berg (19) har beskrivit vikten av att inte sjukdomsförklara utan att se det friska och det normala även hos de kvinnor som har bakomliggande sjukdomar (19). Samtidigt måste den medicinska säkerheten hela tiden vara i fokus. Rooks (5) beskriver barnmorskans respekt för det naturliga och hur barnmorskans tro på att kvinnans kropp är gjord för att föda bidrar till att de försöker undvika onödiga obstetriska interventioner så långt det är möjligt. Samtidigt som barnmorskorna försöker värna om det naturliga så är vår upplevelse att det väldigt ofta

tas till åtgärder för att skynda på förlossningsförloppet som exempelvis amniotomi och värkförstärkande dropp. Många gånger är det tydligt och klart varför man väljer att göra det, men vår uppfattning under studenttiden är att man ibland skulle kunna vänta och låta kroppen jobba i sin egen takt. Hodnett (13) beskriver i sin studie ett minskat behov av värkstimulerande dropp hos de kvinnor som fått kontinuerligt stöd under förlossningen (13).

## **Helheten**

Även helheten valdes ut som huvudkategori i studien. Barnmorskorna i vår studie ansåg att deras stöd är unikt då det är de som har helhetsbilden under förlossningen. Detta är något som vi inte har läst i tidigare forskning. Barnmorskorna i vår studie nämnde att pappan står för vissa delar, lite mer personliga, och att en undersköterska kan stå för vissa andra bitar. Detta medan barnmorskan har många fler delar i sin profession så som psykologiska, fysiska och den medicinska säkerheten som alla är en del av stödet. Hodnetts (13) studie om kontinuerligt stöd bygger på det stöd som olika professioner samt doulor utför. Lundgren (9) skriver att det stöd kvinnan upplever som det allra viktigaste är det hon får från sin partner. Samtidigt har det visat sig att partnern kan uppleva det svårt att vara detta stöd då de tenderar att känna sig handfallna (9). Lundgren (10) menar att det finns risk för att partnern får en för stor roll vilket kan leda till svårigheter att hantera kvinnans smärta (10).

Barnmorskorna i vår studie var eniga om att de bör hålla sig i bakgrunden om ett par jobbar bra tillsammans under förlossningen men ansåg dock att deras närvaro är viktig för parets trygghet. Barnmorskans närvaro inger trygghet för paret då de vet att hon har ett brett kunnande. Kvinnan vågar då slappna av mer, hon vågar föda. Denna helhet som barnmorskorna känner att de har i sin profession beskrev de som unik. Kennedy (15) betonar helheten i mötet mellan barnmorskan, kvinnan och hennes partner. Relationen mellan alla tre och den fysiska samt psykiska miljön är av stor betydelse för förlossningsupplevelsen (15). Kennedy (16) skriver att kvinnan och hennes partner skall uppleva att de har kontroll och ett självbestämmande, men också känna en garanti att barnmorskan tar över om behovet skulle uppstå. Under förlossningens gång bör barnmorskan ge råd och bidra till en harmonisk miljö. Kennedy menar att detta, bland



annat, bidrar till att kvinnan och hennes partner kan känna sig säkra och trygga (16). Detta kan relateras till vår studie som säger att barnmorskan har helheten.

Barnmorskans roll är att stötta det normala förlossningsförloppet enligt vår studie. Detta genom att exempelvis bekräfta att förloppet ser normalt ut och att värkarna för kvinnan allt närmare målet, men också att erbjuda smärtlindring i den omfattning det går. En barnmorska i studien pratade om hur barnmorskor jämfört med exempelvis en undersköterska har den *röda tråden*, hur barnmorskan tar in helheten när kvinnan föder. Barnmorskorna i studien upplevde att deras stöd kan inverka på förlossningsförloppet. Då barnmorskan är närvarande och ger kvinnan ett bra stöd kan det enligt barnmorskorna bidra till att kvinnan får en normal vaginal förlossning.

Att barnmorskans stöd kan påverka så att kvinnan får en normal förlossning kan liknas vid Olafsdottirs (22) resultat där barnmorskorna beskriver hur de kan förlora möjligheten att hjälpa kvinnan till en normal förlossning om de inte kan vara helt närvarande i samband med en förlossning. På isländska finns ett speciellt ord för barnmorskans närvaro i samband med förlossning; *yfirseta*, som på engelska översätts som *sitting over* (22). I svenska språket har vi inte på samma sätt ett ord för detta. Att barnmorskans stöd kan påverka så att kvinnan får en normal förlossning kan vidare relateras till den Cochrane review som utförts av Hatem et al.(3) och som visar att *midwifery models of care* ger färre instrumentella förlossningar, det vill säga fler normala förlossningar. I vårdformen *midwifery models of care* ingår kontinuitet och att stödet till kvinnan är i fokus (3). *One-to-one midwifery* visar också på ett bättre medicinsk utfall när det gäller antal normala förlossningar vilket stödjer ovanstående (4). Vissa barnmorskor i vår studie uttryckte en tveksamhet till sin egen förmåga att med sitt stöd hjälpa kvinnan till en normal förlossning. Dels upplevde de inte auktoritet i förhållande till andra barnmorskor att kräva att stanna hos kvinnan och dels var de osäkra på sin egen roll. En förklaring kan vara att barnmorskorna verkar i ett system liknande det Hatem et. al. (3) benämner *medical models of care*. Detta är ett intressant område som behöver studeras vidare tycker vi.

Flera av barnmorskorna i vår studie nämnde dock att de saknar undersköterskans stöd under förlossningen, vilket var vanligare förr. De anser att många av de erfarna undersköterskorna i många fall skulle kunna vara lysande stödpersoner då de genom sin

långa erfarenhet fått en god iakttagelseförmåga för hur den födande kvinnan beter sig. Men i dagens organisation så har såväl tidsbrist som sämre bemanning bidragit till att undersköterskan sällan är med som en stödjande person. Under vår verksamhetsförlagda utbildning på förlossningen var det tydligt att undersköterskorna oftast bara var med i själva födelseögonblicket och att de annars framförallt ägnade sig åt andra uppgifter. Detta upplevde vi själva som en brist då vi kände att det hade gynnat såväl kvinnan som oss barnmorskor om de istället kunde jobba i team och hjälpas åt med stödet. Det kanske inte bara behöver vara en och samma person som ger kvinnan stöd under ett förlossningsförlopp.

### **Organisationen är ett hinder**

Slutligen framkom även huvudkategorin organisationen är ett hinder. I denna studie deltog barnmorskor som arbetar treskift såväl som endast dag- och kvällsskift. De barnmorskor som arbetar treskift upplevde att det många gånger ges mer utrymme att stödja och vara närvarande under natten mot när de arbetar dag. De beskrev det som att det blir mer primärt på natten, patienterna kommer in och föder. Det framkom dock att vissa barnmorskor upplevde att det kunde vara mer krävande att stödja nattetid, i synnerhet det tysta kontinuerliga stödet. Orken att utstråla positiv energi utan ord nattetid finns därmed inte alltid. Av de som arbetar natt har inte alla valt det själva utan det ingår i den tjänst de blivit erbjudna. På ena avdelningen där de arbetar treskift kan vi förstå att det kan vara svårt att ställa om kroppen och dygnsrytmen gång på gång. Då nattjobb eller treskift inte alltid är självvalt kan vi tänka oss att även motivationen saknas, vilket kan påverka stödet.

I resultatet kommer också den nyutbildade barnmorskans roll fram. Kontinuerligt stöd kan kräva väldigt mycket av de som är nyutbildade. Det beskrevs som att arbetet många gånger kändes extra tungt på grund av att de som är nya får fler förlossningspatienter vilket leder till extra mycket av det kontinuerliga stödet på varje arbetspass. Det kan upplevas som att det tar mycket på krafterna. Som nyutbildad och oerfaren kan det också finnas en tendens att det upplevs svårare att utstråla positiv energi då det finns en större osäkerhet. Det beskrevs som en psykisk press, något som de inte alltid valde att prata med sina mer erfarna kollegor om. Berg (12) skriver att det är viktigt att barnmorskan har möjlighet till handledning just för att kunna bearbeta sina upplevelser

men också för att få stöd i den vårdande rollen. Barnmorskan måste kunna förmedla trygghet men samtidigt vara ärlig och prata om sina egna känslor (12). Vi kan förstå varför det för nya barnmorskorna prioriteras förlossningspatienter. Målet är att de skall få så mycket erfarenhet som möjligt. Tanken är god men utifrån vad vi förstod kan det ibland bli lite för mycket för de nya. Vi anser att det måste finnas en balans i arbetet för att man skall orka och känna lust för sitt jobb. Berg (19) poängterar vikten av praktisk övning och att som barnmorska skaffa sig en intuition och att sedan kunna lita på den. Hon betonar även att det är viktigt att kunna reflektera över sitt arbetssätt (19).

## KONKLUSION

I vår studie undersökte vi hur barnmorskor ser på sin stödjande roll. Utifrån fokusgruppsintervjuer fick vi fram fyra huvudkategorier: *närvaro*, *bekräftelse*, *helheten* och *organisationen är ett hinder*. Slutsatsen vi drar av vår studie är att barnmorskorna är eniga om att deras stöd är unikt och av så stor vikt för kvinnan och hennes partner att hon inte kan ersättas av någon annan när kvinnan är i ett aktivt förlossningsarbete. Det behöver, som framkommit, inte betyda att hon är aktiv hela tiden men att hon finns där även om det bara är i bakgrunden. Barnmorskan blir en garant för att förlossningen förlöper som den skall och om inte så finns hon där och tar snabbt över. Barnmorskorna har en kunskap som stärker dem i deras stödjande roll. Det framkom dock att det inte alltid var så enkelt att ge ett kontinuerligt stöd som varje födande kvinna i aktivt förlossningsarbete har rätt till. Vi anser att det är av stor vikt att det kontinuerliga stödet bevaras, men att det kan behöva studeras hur det kan förbättras och underlättas. Då denna studie är en del i ett större pågående forskningsprojekt kommer nästa steg att vara att prova en utarbetad modell för barnmorskans vård inom förlossningsvård i Sverige och på Island.

## REFERENSER

1. The International Confederation of Midwives. Core documents. (2010) Tillgänglig: <http://www.internationalmidwives.org/Documentation/Coredocuments/tabid/322/Default.aspx> 2010-05-26
2. Olafsdottir O A, Berg M, Lundgren I. A midwifery model of care during childbirth - a synthesis of research findings based on views and experiences of women and midwives in Sweden and Iceland. Manuscript.
3. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2
4. Page L. One-to-one midwifery: restoring the “with woman” relationship in midwifery. Journal of Midwifery & Women's Health 2003;48(2):119–125.
5. Rooks J P. The midwifery model of care. Journal of Nurse-Midwifery 1999;44(4):370-374.
6. Kaplan A, Hogg B, Hildingsson I, Lundgren I. Lärobok för barnmorskor. Lund: Studentlitteratur; 2009.
7. Waldenström U. Föda barn på ABC. Malmö: Team offset; 1993.
8. Nationalencyklopedin. Nationalencyklopedins internetjänst. (2010) Tillgänglig: <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sve/stodja> 2010-05-26.
9. Lundgren I. Att vårda kvinnor med normal förlossning. I Lundgren I, Berg M (Red.) Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande. Lund: Studentlitteratur; 2004. s. 105-128.

10. Lundgren I. Professionellt förhållningssätt: Stöd under förlossningen. I Kaplan A, Hogg B, Hildingsson I, Lundgren I (Red.) Lärobok för barnmorskor. Lund: Studentlitteratur; 2009. s. 75-79.
11. Heli S. Föda utan rädsla. Lettland: Bonnier Existens; 2009.
12. Berg M. Vårdande av barnafödande kvinnor med ökad risk. I Lundgren I, Berg M (Red.). Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande. Lund: Studentlitteratur; 2004. s. 129-154.
13. Hodnett E D, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. (Review). The Cochrane Collaboration 3; 2007.
14. Lundgren I, Dahlberg K. Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. Midwifery 2002;2:155-164.
15. Kennedy H P, Shannon M T, Chuahorm U, Kravetz M K. The landscape of caring for women: A narrative study of midwifery practice. Journal of Midwifery & Women's Health 2004;49(1):14-23.
16. Kennedy H P. The essence of nurse-midwifery care. The woman's story. Journal of Nurse-Midwifery 1995;40(5):410-417.
17. Thompson J, Oakley D, Burke M, Jay S, Conklin M. Theory building in nurse-midwifery: the care process. J Nurse Midwifery 1989;34:120-30.
18. Fleming VE. Women-with-midwives-with-women: a model of interdependence. Midwifery 1998;14(3):137-143.
19. Berg M. A midwifery model of care for childbearing women at high risk: genuine caring in caring for the genuine. Journal of Perinatal Education 2005;14(1): 9-21.
20. Lundgren I, Berg M. Central concepts in the midwife-woman relationship. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2007;21(2):220-228.

21. Hunter B. The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. *Midwifery* 2006;22(4):308-322.
22. Olafsdottir O A. *An Islandic midwifery saga – coming to light – with woman and connective ways of knowing*. Doktorsavhandling: Thames Valley University; 2006.
23. Hylander I. Fokusgrupper som kvalitativ datainsamlingsmetod. Linköpings universitet, institutionen för pedagogik och psykologi. FOG rapport 42. 1998.
24. Trost J. Kvalitativa intervjuer. 4:e upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2010.
25. Kvale S, Brinkmann S. Den kvalitativa forskningsintervjun. 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2009.
26. Lundman B, Hällgren Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär M, Höglund-Nielsen B (red). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Ungern: Studentlitteratur; 2008. s. 159-172.
27. Codex. Lag om etikprövning som gäller människa. (2010-09-22) Tillgänglig: <http://www.codex.uu.se/manniska2.shtml> 2010-11-29.



## GÖTEBORGS UNIVERSITET

### INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

#### Forskningspersoninformation

##### **Studiens bakgrund**

Stöd är den absolut viktigaste faktorn för uppnåendet av en positiv förlossningsupplevelse för kvinnan. Stöd har vidare en positiv inverkan på det medicinska utfallet. Barnmorskans professionella stöd inom ramen för relationen med kvinnan har betydelse för hela den barnafödande tiden. Det övergripande syftet med detta projekt är därför att utveckla och testa en modell för barnmorskans stöd under förlossning. Projektet är pågående och består av två steg. Först utvecklades en modell baserad på tidigare forskning inom förlossningsvård i Sverige och Island (Olafsdottir, Berg & Lundgren, manus). Nästa steg är att testa modellen, via fokusgrupper inom förlossningsvård där erfarna barnmorskor är en expertpanel.

##### **Studiens genomförande**

Fokusgruppen kommer att utföras vid två förlossningsavdelningar vid Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU), en för normalobstetrik och en för specialobstetrik. Motsvarande kommer att genomföras på Island. En fokusgrupp innebär ett samtal där deltagarna fritt får diskutera utifrån forskningsfrågan. Vid fokusgruppsintervjun kommer handledarna som har erfarenhet av metoden (Ingela Lundgren och Marie Berg) att leda respektive fokusgrupp.

Fokusgruppsdiskussioner skall utföras vid två tillfällen med två grupper av barnmorskor, en vid normalförlossningen SU Östra och en vid specialförlossningen SU Östra.

**Första fokusgruppsdiskussionen:** barnmorskorna reflekterar kring sitt professionella stöd till kvinnor under förlossning.

**Andra fokusgruppsdiskussionen:** barnmorskorna får den utvecklade modellen och forskningsfrågan är då dess eventuella användbarhet inom förlossningsvård samt eventuell revidering av språket i beskrivningen.

Ingela Lundgren håller i fokusgruppsdiskussionerna med barnmorskorna vid normalförlossningen och Marie Berg i motsvarande för barnmorskor vid specialförlossningen. Intervjun sker på respektive förlossningsavdelning.

Den första fokusgruppsdiskussionen genomförs som del i magisteruppsats av två barnmorskestudenter vid Göteborgs universitet. Studenterna kommer att vara med på var sin intervju tillsammans med handledaren. Intervjun beräknas ta en till två timmar. Intervjun kommer att spelas in på band för att sedan skriva ner ordagrant. .

Att delta i studien är frivilligt och intervjupersonen kan när som helst avbryta medverkan. Allt material kodas så att inga personuppgifter röjs. Endast forskarna (de barnmorskestudenter som håller i studien och handledaren) har tillgång till identitetsuppgifterna. Resultatet av studien kommer att presenteras så att det inte är möjligt att spåra till enskild person.

Maria Hammer  
Barnmorskestudent  
tfn: 0709-490019  
e-mail: maria.hammer@comhem.se

Paulina Walfridsson  
Barnmorskestudent  
tfn: 070-632 57 38  
e-mail: paulina@palidesign.se

Ingela Lundgren  
Universitetslektor, handledare  
tfn: 031-786 6052  
e-mail: ingela.lundgren@gu.se

Marie Berg  
universitetslektor  
tfn: 031-786 6084  
e-mail: marie.berg@gu.se

:



## BILAGA 2

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Underkategori	Huvudkategori
<i>"... det är mer primärt på natten, patienter kommer in och föder... men på dagen... mer samtal, telefoner som ringer, ronder. Natten blir ju det att man ägnar sig åt patienten."</i>	Mer primärt på natten	Dagpass gentemot nattpass	Organisationen är ett hinder
<i>"... ibland går det inte riktigt ihop sig, verksamheten och att få en bra förlossning för det här paret. Det är ju liksom, det är olika krafter som sliter i oss här."</i>	Verksamheten ska gå ihop	Förutsättningar	
<i>"Jo, men just att det här, att säga det här. Vill ni ha henne förlöst, vaginalt? Då måste jag vara där inne nu. Att vara raka så var vi lite dåliga på, för vi skulle hjälpas åt, och vi skulle vara så kollegiala och så. Jag tycker att, jag många gånger sagt då - skall hon bli vaginalförlöst då måste jag vara där inne, välj? Och då har jag ju fått vara där inne."</i>	Våga säga ifrån	Auktoritet	
<i>"Det är en psykisk press också när man är ny... då ska du ge utstråla trygghet och lugn... så det är ju svårare när man inte är så erfaren att ge tryggheten, självklart, hur skulle man kunna."</i>	Ökad press som nyutbildad	Nyutbildade barnmorskor	